

UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

PRIMADITA WICAKSONO

J 200 140 080

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh :

PRIMADITA WICAKSONO

J200140080

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



Enita Dewi, S.kep.,Ns,MN

NIK.1286

HALAMAN PENGESAHAN,

**UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK**

OLEH :

PRIMADITA WICAKSONO

J 200 140 080

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Senin, 17 April 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Enita Dewi, S.kep.,Ns,MN
(Ketua Dewan Penguji)

(.....)

2. Dian Iudiyawati, S.kep.,NS.,MLKep
(Anggota I Dewan Penguji)

(.....)



Dekan,

Dr. Suwaji M.Kes

NIP : 195311231983031002

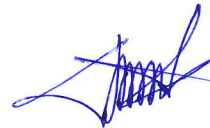
PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Publikasi Ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 7 April 2017

Penulis,



PRIMADITA WICAKSONO

J 200140080

UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK

Abstrak

LATAR BELAKANG : Stroke atau serangan otak adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai sekumpulan tanda klinik yang berkembang oleh sebab vaskular. Gejala ini berlangsung 24 jam atau lebih pada umumnya terjadi akibat berkurangnya aliran darah ke otak, yang menyebabkan cacat atau kematian. Menurut taksiran WHO, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia sudah terjangkit stroke tahun 2011. Dari jumlah tersebut 5,5 juta jiwa telah meninggal dunia. Penyakit darah tinggi atau hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia.

Tujuan : menggambarkan upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik

Metode : metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus di ruang khusus RS x tanggal 11-13 Februari 2017. Pengumpulan data dengan cara observasi, pemeriksaan fisik, rekam medik, wawancara, studi dokumentasi dari jurnal maupun buku.

Hasil : Pasien belum menunjukkan peningkatan mobilitas fisik setelah dilakukan tindakan.

Kesimpulan : Tindakan *Range Of Motion* (ROM) dan Alih baring efektif meningkatkan mobilitas fisik.

Saran : Tindakan ROM dan alih baring dapat sebagai masukan dalam tindakan keperawatan mandiri untuk meningkatkan mobilitas fisik.

Kata Kunci : Stroke, mobilitas fisik, range of motion, alih baring

Abstract

BACKGROUND : Stroke or brain attack is a clinical syndrome that early onset of sudden, progressive, fast, in the form of focal neurological deficits and or global, lasting 24 hours or more, or directly cause death, and merely caused by circulatory disorders of the brain non-traumatic. Non-hemorrhagic stroke is defined as a set of clinical signs that developed by vascular causes. These symptoms lasted 24 hours or more generally occurs due to reduced blood flow to the brain, causing disability or death. According to WHO estimates, as many as 20.5 million people in the world have been infected jumlah tersebut stroke in 2011. Of the 5.5 million people had died. High blood pressure or hypertension donate 17.5 million cases of stroke in the world.

Objective : To describe efforts to increase physical mobility in stroke patients nonhemoragik

Methods : The descriptive method with case study approach in special chambers RS x February 11-13, 2017. The collection of data by observation, physical examination, medical records, interviews, documentary studies of journals and books.

Results : The patient has not shown an increase in physical mobility after the action.

Conclusion : The action Range Of Motion (ROM) and Interpretation baring effectively improve physical mobility. Suggestion: Measures ROM and over the rest may as inputs in independent nursing actions to improve physical mobility.

Keywords : Stroke, physical mobility, range of motion, instead of baring

1. PENDAHULUAN

Stroke atau serangan otak adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai sekumpulan tanda klinik yang berkembang oleh sebab vaskular. Gejala ini berlangsung 24 jam atau lebih pada umumnya terjadi akibat berkurangnya aliran darah ke otak, yang menyebabkan cacat atau kematian (PERDOSSI, 2007). Menurut taksiran WHO, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia sudah terjangkit stroke tahun 2011. Dari jumlah tersebut 5,5 juta jiwa telah meninggal dunia. Penyakit darah tinggi atau hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia. Di Indonesia penyakit ini menduduki posisi ketiga setelah jantung dan kanker. Sebanyak 28,5% penderita meninggal dunia dan sisanya menderita kelumpuhan sebagian atau total. Hanya 15% saja yang dapat sembuh total dari serangan stroke dan kecacatan (Lloyd et al, 2009).

Stroke merupakan suatu sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak secara fokal atau global yang dapat menimbulkan kematian atau kelainan yang menetap lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskular (Mulyatsih, 2007). Stroke menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian terbanyak di negara maju di Amerika Serikat tahun 2010, prevalensi penduduk Amerika yang terserang stroke adalah 3,2% atau sekitar 6.934.000 orang. Dan lebih dari 5,47 juta pasien stroke telah meninggal. (AHA, 2010).

Indonesia merupakan negara dengan angka stroke tertinggi dan di Asia menempati urutan ketiga sebagai penyakit mematikan setelah penyakit jantung dan kanker. Stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di beberapa rumah sakit di seluruh Indonesia (Misbach, 2007).

Sedangkan kasus tertinggi stroke di Jawa Tengah yaitu sebesar 3.986 kasus (17,91%). Di Kota Semarang terdapat proporsi sebesar 3,18%. Sedangkan kasus tertinggi kedua adalah Kabupaten Sukoharjo yaitu 3.164 kasus (14,22%) dan apabila dibandingkan dengan jumlah keseluruhan di Kabupaten Sukoharjo adalah sebesar 10,99%. Rata-rata kasus Stroke di Jawa Tengah adalah 635,60 kasus (WHO, 2010). Hingga kini, stroke merupakan penyebab kematian nomor satu di berbagai rumah sakit di tanah air (Rachmawati, 2007). Berdasarkan catatan Rekam Medik RS di dua tahun terakhir kasus stroke yang rawat inap sebanyak 914 kasus. Pada tahun 2017 ini antara bulan Januari sampai bulan Februari sudah mengalami kasus stroke yang rawat inap sebanyak 22 kasus.

Latihan disesuaikan dengan kondisi pasien dan sasaran utama adalah kesadaran untuk melakukan gerakan yang dapat dikontrol dengan baik, bukan pada besarnya gerakan. Otak mempunyai fungsi yang khas dalam mengendalikan fungsi sensorik dan motorik, yaitu bersifat kontralateral sensasi gerak di otak dan mendorong pasien untuk memikirkan gerakannya pada saat melakukan gerakan tersebut. Latihan gerak yang diberikan harus distimulasi untuk membuat gerak dan respon gerak sebaik dan senormal mungkin. Otak mempunyai fungsi yang khas dalam mengendalikan fungsi sensorik dan motorik, yaitu bersifat kontralateral. Konsep dominasi serebral menyimpulkan bahwa hemisfer kiri dianggap lebih dominan dari hemisfer kanan. Sampai saat ini belum ada penelitian mengenai perbedaan pengaruh latihan gerak terhadap kekuatan otot pada pasien *stroke* non-hemoragik hemiparese kanan dibandingkan dengan hemiparese kiri. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan pengaruh latihan gerak terhadap kekuatan otot dan keseimbangan pada pasien *stroke* non-hemoragik hemiparese kanan dibandingkan dengan hemiparese kiri. Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Untuk mencegah terjadinya komplikasi

penyakit lain maka perlu dilakukan latihan mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Mubarak, Lilis, Joko, 2015).

Faktor yang menimbulkan terjadinya resiko stroke salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko yang bisa dikendalikan. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pengendalian faktor resiko dapat dicegah dengan baik, maka biaya upaya tersebut jauh lebih murah dibanding dengan perawatan stroke. Perawatan stroke, termasuk upaya rehabilitasi (Purwanti, Arina, 2008). Penanganan tekanan darah adalah salah satu strategi untuk mencegah stroke dan mengurangi risiko kekambuhan pada stroke iskemik dan perdarahan. Penanganan hipertensi dapat mengurangi kerusakan di sekitar daerah iskemik hingga kondisi pasien stabil (Astutik, Didik, Nailis, 2013). Faktor lain yang tidak bisa dikendalikan seperti umur, jenis kelamin, herediter, ras dan etnis, geografi (Setyopranoto, 2011). Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain maka perlu dilakukan latihan mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Mubarak, Lilis, Joko, 2015).

2. METODE

Metode publikasi ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu dengan pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat, metode penelitian yang untuk membuat gambaran mengenai situasi pada pasien serta mengumpulkan data berdasarkan fakta yang ada dan yang sebenar-

benarnya. Studi kasus dilaksanakan di rumah sakit pada tanggal 11 Februari sampai 13 Februari 2017. Studi kasus ini untuk mengumpulkan datanya melalui melihat buku status pasien, observasi dan wawancara dengan pasien atau keluarga pasien. Studi kasus ini hari pertama melakukan pengkajian untuk mendapatkan data-data pasien secara menyeluruh, kemudian menentukan masalah yang terjadi pada pasien dan melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penulis akan menguraikan mengenai upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik di rumah sakit. Upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik berdasarkan pemberian asuhan keperawatan ini dilaksanakan pada tanggal 11-13 Februari 2017 mulai dari pengkajian, analisa data, prioritas diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Komponen kunci dan pondasi proses keperawatan adalah pengkajian. Suatu pengkajian yang mendalam memungkinkan perawat kritikal untuk mendeteksi perubahan cepat, melakukan intervensi dini dan melakukan asuhan (Talbot, Marquardt, & Meyers, 2007). Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 11 Februari pukul 13.00 Wib di rumah sakit Data didapatkan dengan cara observasi, pemeriksaan fisik dan data-data pendukung yang ada seperti hasil lab.

Pasien berumur 48 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, status istri, dirawat sejak hari Sabtu 11 Februari 2017 jam 11.30 WIB, pasien dirawat di bangsal, dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik. Keluhan utama keluarga pasien mengatakan keluhan utama pasien adalah tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakkan dan pasien tidak dapat bicara karena stroke. Riwayat kesehatan sekarang keluarga membawa pasien ke Instalasi Gawat Darurat pada tanggal 11 Februari pukul 11.30 dengan keluhan tangan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan dan bicaranya tidak begitu jelas, dan kemudian di Instalasi Gawat Darurat mendapat terapi RL 20 tpm kemudian pasien masuk pada bangsal. Riwayat

penyakit dahulu keluarga mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat hipertensi. Riwayat kesehatan keluarga bahwa keluarga mengatakan didalam keluarga tidak ada menderita penyakit stroke, dan tidak penyakit yang menular ataupun menurun. Dalam teori, salah satu penyebab munculnya penyakit stroke yaitu hipertensi (Kowalak, William, Brenna, 2011). Stroke dapat menyebabkan kelumpuhan.

Pola Aktifitas sebelum sakit, keluarga mengatakan pasien beraktifitas dirumah dengan mandiri seperti menyapu, memasak, dll. Selama sakit, keluarga mengatakan kegiatan pasien di tempat tidur maupun yang lain harus dibantu oleh keluarga. Pola persepsi Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat aktivitas dan dapat bicara, sekarang pasien tidak bisa melakukan aktivitas karena tangan dan kaki pasien sebelah kanan tidak bisa digerakkan dan pasien tidak bisa berbicara. Pola nutrisi sebelum sakit, keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari, dengan porsi yang sedang dan minum 5 gelas perhari. Selama sakit, keluarga mengatakan makan 3x sehari dengan menu bubur, dan hanya minum 3-4 gelas perhari. Pola eliminasi sebelum sakit, keluarga mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, warna kuning dan berbau khas, BAK kurang lebih 5-7 kali sehari dengan dengan warna urine sedikit kekuningan. Selama sakit, keluarga mengatakan selama 2 hari BAB sekali dengan konsistensi sedikit encer, warna kuning dan berbau khas, karena pasien memakai pampers BAK pasien kurang lebih 4x sehari dan selalu mengganti pampers minimal 2x sehari. Ini juga dapat menimbulkan retensi urine karena menyulitkan upaya seseorang untuk melemaskan otot perineum pada saat berkemih, selain itu, penurunan tonus otot kandung kemih juga menghambat kemampuan untuk mengosongkan kandung kemih secara tuntas (Mubarak, Lilis, Joko, 2015). Pola istirahat tidur sebelum sakit, keluarga mengatakan pasien tidur malam selama 7 jam dengan nyenyak, tidak tidur siang. Selama sakit, pasien tidur 5-6 jam dari jam 22-00 sampai 04-00 kadang terbangun dan tidak tidur siang. Pola persepsi dan konsep diri keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sehari-hari dirumah sebagai ibu rumah tangga, tapi semenjak terbaring dirumah sakit pasien terlihat tampak sedih karena hanya bisa tiduran. Pola kognitif keluarga mengatakan bahwa pasien sadar kalau dirawat

dirumah sakit. Keluarga pasien percaya setiap penyakit dapat disembuhkan. Pola peran dan hubungan keluarga mengatakan bahwa pasien berhubungan baik dengan keluarga dan tetangganya. Pola seksualitas keluarga mengatakan bahwa suami masih hidup, dan tidak ada gangguan seksualitas. Pola koping keluarga pasien mengatakan bahwa keadaan pasien sudah mulai membaik. Pola nilai dan kepercayaan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien beragama Islam.

Keadaan umum pasien lemas, saat diperiksa *Glasgow Coma Scale (GCS)* : E4V2M3, Glasgow Coma Scale adalah skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien, (apakah pasien dalam kondisi koma atau tidak) dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan (Maliya, 2015). Pemeriksaan GCS ini meliputi respon membuka mata/eye (E) yang cara penilaiannya dengan angka yaitu angka (4) : spontan, (3) : dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata), (2) : dengan memberikan rangsangan nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya dengan menekan kuku pasien), (1) : tidak ada respon. Kemudian selanjutnya respon verbal (V) dengan penilaian (5) : orientasi baik, (4) : bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu, (3) : kata-kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat), (2) : suara tanpa arti (mengerang), (1) : tidak ada respon. Kemudian yang terakhir adalah respon motorik (M) dengan penilaian, (6) : mengikuti perintah, (5) : melokalisasi nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulasi saat diberi rangsang nyeri), (4) : withdraws (menghindar atau menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri), (3) : flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri), (2) : ekstensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri), (1) tidak ada respon. Selanjutnya nilai-nilai dijumlahkan, nilai GCS tertinggi adalah 15 yaitu E4V5M6 dan terendah adalah 3 yaitu E1V1M1 (Maliya, 2015). Kesadaran composmentis, komunikasi pasien sulit dimengerti, tanda-tanda vital (11 Februari 2017 jam 11.45 Wib) tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36,3 C, pernafasan 24x/menit.

Pemeriksaan kepala kulit kepala bersih tidak ada benjolan, rambut sudah beruban. Pemeriksaan wajah bersih, tidak ada bekas luka. Pemeriksaan mata simetris, konjungtiva anemis, penglihatan tidak kabur. Pemeriksaan hidung simetris, tidak ada lendir, tidak ada gangguan penciuman. Pemeriksaan telinga simetris, tidak ada serumen, pendengaran sedikit ada gangguan. Pemeriksaan mulut mukosa bibir kering, lidah bersih. Pemeriksaan leher tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Pemeriksaan kulit warna sawo matang, turgor kulit kembali < 2 detik. Pemeriksaan dada Inspeksi simetris dan tidak ada bekas luka, perkusi pengembangan paru kanan dan kiri sama dan tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, auskultasi suara nafas normal, tidak ada wheezing. Pemeriksaan jantung Inspeksi terlihat ictus cordis, palpasi teraba ictus cordis di sig V, Perkusi pekak, Auskultasi versikuler (detak jantung berirama). Pemeriksaan abdomen Inspeksi simetris dan tidak ada bekas luka, auskultasi peristaltik usus 18 x/ menit, perkusi timpani, palpasi tidak ada nyeri tekan, pemeriksaan genetalia bersih, pemeriksaan ekstremitas terpasang infus RL pada tangan kanan, kekuatan otot pada ekstremitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya 1 dan untuk tangan kiri kekuatan ototnya 3. Pada ekstremitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 1 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 3. Untuk skor 0 keterangannya tidak ada pergerakan/ tidak ada kontraksi/ lumpuh, skor 1 ada pergerakan yang tampak atau dapat dipalpasi/ terdapat sedikit kontraksi, skor 2 gerakan tidak dapat melawan gravitasi, tapi dapat melakukan gerakan horizontal, dalam satu bidang sendi, skor 3 gerakan otot hanya dapat melawan gravitasi, skor 4 gerakan otot dapat melawan gravitasi dan tahanan ringan, skor 5 tidak ada kelumpuhan otot (otot normal) (Chaidir, Ilma, 2014).

Stroke merupakan diagnosis klinis, pemeriksaan penunjang ditujukan untuk mencari penyebab, menegakkan sekurensi dan pada pasien yang berat, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan perburukkan sistem saraf pusat. Pemeriksaan yang biasa dilakukan pada pasien stroke meliputi, darah lengkap, dan *CT scan* (Ginsberg, 2008). Data penunjang adalah pemeriksaan laboratorium tanggal 11 Februari 2017, dengan hasil : pemeriksaan darah, hemoglobin : 13.9 g/dL (N : 12-16 g/dL), hemoglobin adalah molekul yang

terdiri dari 4 kandungan Haem (berisi zat besi) dan 4 rantai globin (alfa, beta, gama, dan delta), penurunan hemoglobin dapat disebabkan oleh obat-obatan antibiotik. Eritrosit : 4,61 juta/ μ L (N : 4,20 – 5,4 juta/ μ L), eritrosit adalah sel darah merah dibuat pada sumsum tulang merah, mempunyai struktur penting didalamnya yaitu hemoglobin yang bertugas mengangkut oksigen dalam darah. Hematokrit : 41,4 % (N : 30 – 47 %), hematokrit adalah perbandingan bagian darah yang mengandung eritrosit terhadap volume seluruh darah atau volume sel darah merah dalam 100 ml/ 1 dl keseluruhan darah atau eritrosit dalam seluruh volume darah yang dihitung dalam persen.

Pemeriksaan eritrosit, MCV : 90mFL (N : 80 – 96 FL), MCV (Mean Corpuscular Volume) adalah volume rata-rata sel darah merah dalam microcubik darah. MCH : 30,2 Pg (N : 27 – 31), MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin) adalah kadar hemoglobin rata rata dalam microgram. MCHC : 33,6 g/dL (N : 32 – 37,0 g/dL), MCHC (Mean Corpuscular Lekosit : 5,88 ribu/ μ L (N : 4,5 – 11,5 ribu/ μ L), lekosit adalah sel darah putih yang diproduksi oleh jaringan hemoepotik untuk jenis bergranu (polimorfonuklear) dan jaringan limpatik untuk jenis tak bergranula (mononuklaer), berfungsi dalam sistem pertahanan tubuh terhadap infeksi. Trombosit : 238 ribu/ μ L (N : 150 – 450 ribu/ μ L), trombosit adalah komponen sel darah yang dihasilkan oleh jaringan hemoepotik dan berfungsi utama dalam proses pembekuan darah. RDW-CV : 13,5 % (N : 11,5 – 14,5 %), RDW (Red Cell Distribution Width) adalah koefisien variasi dari volume eritrosit, RDW yang tinggi dapat mengindikasikan ukuran eritrosit yang heterogen, dan biasanya ditemukan pada defisiensi vitamin B12, sedangkan RDW yang rendah dapat menunjukkan eritrositt yang mempunyai ukuran variasi yang kevil. MPV : 5,85 fL (N : 0 – 99,9), MPV (Mean PlateletVolume) adalah ukuran rata-rata trombosit, trombosit baru lebih besar dan peningkatan MPV terjadi ketika terjadi peningkatan jumlah trombosit yang sedang diproduksi, sebaliknya penurunan MPV merupakan indikasi penurunan jumlah trombosit. penurunan jumlah trombosit. Pemeriksaan hitung jenis, neutrofil : 78,6 % (N : 37 – 80 %), Neutrofil adalah lekosit bergranula yang intinya mempunyai banyak lobus sehingga disebut polimorfonuklear, merupakan 60-70% dari jumlah seluruh lekosit. Limfosit : 15,1

% (N : 19 – 48 %), limfosit merupakan lekosit yang tak bergranula dengan inti besar, ukurannya lebih besar sedikit dari eritrosit, dihasilkan oleh jaringan limpatik, berperan penting dalam proses kekebalan dan pembentukan antibodi. Monosit : 5,7 % (N : 0 – 12 %), monosit merupakan lekosit dengan sitoplasma tak bergranula, berinti besar dengan ukuran dua kali lebih besar dari eritrosit, terbesar dalam sirkulasi darah dan dibuat pada jaringan limpatik. Eosinofil : 0,2 % (N : 0 – 7 %), eosinofil merupakan lekosit bergranula, mempunyai 2 lobus dalam intinya, merupakan 1-2% dari seluruh jumlah lekosit, kemudian lekosit ini akan meningkat jumlahnya dalam darah pada peristiwa alergi dan infeksi parasit (terutama cacing) dalam tubuh dengan pemberian steroid jumlah eosinofil akan menurun. Basofil : 0,5 % (N : 0 – 2,5 %), basofil merupakan lekosit yang intinya erdapat granula yang besar menyerupai huruf S, merupakan 0,5-1% dari jumlah seluruh lekosit(Sutedjo, 2013). Terapi obat, berikan obat-obatan sebagaimana diinstruksikan dokter dan awasi kemungkinan efek samping obat yang merugikan serta melaporkan kepada dokter (Kowalak, William, Brenna, 2011). Obat yang didapat pasien selama berada dirumah sakit adalah infus RL 20 tpm, obat oral amlodipin 1x1 tablet/10 mg, obat clopidogrel 1x1 tablet/75 mg, injeksi sohobion 1x1 ampul/3 ml, injeksi citicoline 250mg (2 ml)/12 jam, injeksi ranitidine 50 mg (2 ml)/12 jam.

Tahap diagnosa keperawatan memungkinkan perawat menganalisis dan mensintesis data, diagnosa didapatkan dari penilaian klinik tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial (Allen, Carol, 2010). Pengkajian pada tanggal 11 Februari 2017 didapatkan data subyektif, keluarga mengatakan tangan kanan dan kaki kanan pasien tidak bisa digerakkan atau lemah, pasien susah dalam melakukan aktifitas dan dibantu keluarga dalam melakukan aktifitasnya. Data obyektif tangan pasien terlihat lemah saat diangkat, kaki kanannya juga sangat lemas saat disuruh untuk menggerakkan, kekuatan otot pada ekstremitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya 1 dan untuk tangan kiri kekuatan ototnya 3, Pada ekstremitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 1 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 3. Berdasarkan data diatas penulis merumuskan masalah

keperawatan yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Wilkinson, J. M., Nancy R. A., 2013).

Dalam merencanakan intervensi keperawatan perawat harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Kriteria tersebut, antara lain: memakai kata kerja yang tepat, bersifat spesifik, dapat dimodifikasi (Asmadi, 2008). Rencana keperawatan, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik pasien tidak tergantung total dengan kriteria hasil NOC, klien meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah, mengalami peningkatan otot dari 1 menjadi 2 pada ekstremitas kanan. Intervensi NIC yang dapat dilakukan, monitoring vital sign in sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, perawatan alih baring, terapi latihan fisik: mobilitas sendi, pengaturan posisi, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan mandiri pasien, bantuan perawatan diri : berpindah.

Tahap selanjutnya yaitu implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi dilakukan pada tanggal 11 sampai 13 Februari 2017 tindakan yang pertama yaitu mengkaji tanda-tanda vital yang dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dan melanjutkan intervensi, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36,3 C, pernafasan 24x/menit. Tindakan yang kedua yaitu penatalaksanaan terapi latihan. Pemilihan tehnik latihan gerak disesuaikan dengan kondisi pasien, yang diberikan selama tiga hari di rumah sakit. Program latihan diberikan karena separuh pasien stroke non hemoragi yang hidup mengalami kecacatan fisik karena defisit neurologis yang menetap. Pasien tidak hanya mengalami kelumpuhan tetapi juga mengalami gangguan kognisi, gangguan komunikasi dan gangguan lapang pandang atau defisit dalam persepsi. Berbagai program dirancang untuk meningkatkan kemampuan. Salah satu yang

menjadi program untuk memperbaiki fungsi mobilisasi fisik pada pasien stroke non hemoragi adalah latihan pergerakan sendi atau *range of motion (ROM)* (Chaidir, Ilma, 2014).

Range of motion (ROM) dilakukan empat sampai lima kali sehari setiap kurang lebih 3 jam sekali dibangsal sakura. *Range of motion* pada ekstremitas kanan dilakukan *ROM* pasif karena ketika melakukan latihan pergerakannya harus dibantu oleh perawat ataupun keluarga, sedangkan untuk ekstremitas sebelah kiri dilakukan *ROM* aktif karena pasien masih bisa menggerakkan ekstremitas sebelah kirinya. *Range of motion* adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. *ROM* baik pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstremitas atas pada pasien pasca stroke (Chaidir, Ilma, 2014). Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien, sedangkan rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya saat pasien berbaring pasien menggerakkan tangan atau kakinya sendiri tanpa bantuan (Mubarak, Lilis, Joko, 2015).

Ada beberapa prinsip dasar dalam melakukan latihan *ROM*. *ROM* harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, *ROM* dilakukan perlahan dan hati-hati agar tidak melelahkan pasien, dalam merencanakan program latihan *ROM*, perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring (Sager, M., Sylvain G., 2014), *ROM* sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh fisioterapi atau perawat, bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan *ROM* adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki, *ROM* dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit, melakukan *ROM* harus sesuai dengan waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan (Anderst, W. J., et all., 2013). Cara melatih *range of motion* pada

ekstremitas yaitu bahu, gerakkan lengan abduksi adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik), fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala ditempat tidur).

Kemudian bagian siku menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk lengan pasien sehingga lengan menyentuh kebahu, luruskan lengan ke depan), pergelangan tangan (tekuk pergelangan tangan kedepan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan kebelakang dan tegakkan jarijari, gerakkan pergelangan tangan kelateral), kemudian jari-jari fleksi-ekstensi (memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali). Pada latihan ekstremitas ini dapat dilakukan tangan kanan ataupun tangan kiri terlebih dahulu. Jika pasien terdapat kesulitan melakukan latihan *ROM*, keluarga atau perawat dapat membantunya. Tindakan selanjutnya melatih *ROM* pada ekstremitas bawah. Yang pertama panggul yaitu menggerakkan kaki fleksi-ekstensi (angkat lutut mengarah kedada, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit), kemudian rotasi keluar-kedalam (geser kaki mengarah kesamping badan kemudian putar kaki dari luar kedalam). Lutut, menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk keatas dan luruskan sampai lurus), jari kaki fleksi-ekstensi (tekuk semua jari menurun dan mendorong semua jari kebelakang) (Maliya,2015). Tahap yang ketiga yaitu pengaturan posisi, pengaturan atau perubahan posisi ini dilakukan setiap dua sampai tiga jam sekali. Dimulai dari tidur terlentang, miring kekiri maupun miring kekanan. Pengaturan atau perubahan posisi ini bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien, luka tekan dapat terjadi dalam waktu 3 hari sejak terpaparnya kulit akan tekanan. Jika penekanan ini hanya berlangsung untuk waktu lama, maka akan ada akibat – akibat yang merugikan bagi aliran darah. Pada penekanan yang berlangsung waktu lama, maka timbul masalah dalam peredaran zat-zat makanan dan zat asam yang harus di salurkan pada bagian – bagian kulit yang mengalami penekanan, jaringan-jaringan yang tak mendapat cukup makan dan zat – zat asam perlahan akan mati, dari sinilah kemudian timbul luka–luka dekubitus (Ginsbren, 2008).

Dekubitus adalah kerusakan/kematian kulit sampai jaringan dibawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat (Nurarif, Hardhi, 2013). Akibatnya dari penekan pada kulit, tak lama setelah itu akan terjadi pendarahan dan nekrosis pada lapisan jaringan, selain itu terdapat aliran darah kapiler akibat tekanan eksternal pada kulit. Oleh sebab itu pasien harus diubah posisi sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari – hari dengan dilakukannya alih baring/tirah baring setiap 2 jam dan 4 jam yang dapat memberikan rasa nyaman pada pasien, mempertahankan atau menjaga postur tubuh dengan baik menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring seperti luka tekan (dekubitus), maka dengan dilakukannya tindakan alih baring tersebut akan mencegah terjadinya dekubitus. Alih baring adalah suatu keadaan individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerak fisik (Mubarak, Lilis, Joko, 2015). Alih baring dapat mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya pasien pada satu posisi tidur tertentu yang dapat menyebabkan lecet. Penelitian yang dilakukan Sari, (2007), terjadinya dekubitus pada posisi tubuh lateral dengan sudut maximum 30% juga akan mencegah kulit dari gesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). Gesekan akan mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit, sedangkan perobekan jaringan bisa mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam, seperti otot (Beebe, J. A., Catherine E. L., 2009).

Tapi pengaturan tentang bagaimana posisi yang paling tepat masih sangat sedikit, terbukti baru 17 literatur yang ditemukan dari tahun 1965-2006. Pengaturan posisi ini juga dapat mencegah komplikasi akibat tirah baring (Wirawan, 2009). Salah satu komplikasi lain yang dapat muncul seperti osteoporosis, karena tanpa adanya aktivitas yang memberi beban pada tulang, tulang akan mengalami demineralisasi (osteoporosis) proses ini akan menyebabkan tulang kehilangan kekuatan dan kepadatannya sehingga tulang

menjadi keropos dan mudah patah (Mubarak, Lilis, Joko, 2015). Pengaturan posisi ini dapat diubah setiap dua jam.

Pertama dalam posisi berbaring terlentang, posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dibawah lengan yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat keatas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan. Letakkan pula bantal dibawah paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk. Kemudian setelah dua jam memiringkan pasien ke sisi yang sehat dengan bahu lumpuh harus menghadap kedepan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku diluruskan. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk. Setelah kurang lebih dua jam memiringkan pasien ke sisi yang lumpuh dengan lengan yang lumpuh menghadap kedepan, pastikan bahwa bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai agak ditekuk, tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal (Purwanti, Arina, 2008).

Tahap selanjutnya adalah mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat. Obat yang didapat adalah obat oral amlodipin 1x1 tablet/10 mg, obat clopidogrel 1x1 tablet/75 mg, injeksi sohibion 1x1 ampul/3 ml, injeksi citicoline 250mg (2 ml)/12 jam, injeksi ranitidine 50 mg (2 ml)/12 jam. Obat oral yang pertama yaitu amlodipin 1x10 mg, amlodipin adalah obat tekanan darah tinggi (hipertensi), efek samping yang timbul seperti bengkak, sakit kepala, pusing berputar, mual, nyeri perut, dan mengantuk. Waktu kerja amlodipin dalam tubuh lebih lama dari pada captopril tetapi efeknya dapat bertahan hingga 24 jam, dengan demikian amlodipin cukup diberikan satu kali sehari untuk terapi hipertensi, pertama amlodipin diberikan dosis 5 mg sehari, dosis kemudian ditingkatkan sesuai respon tekanan darah pasien, dosis maksimum ialah 10 mg. Kemudian obat oral yang kedua adalah clopidogrel (CPG) dengan dosis 1x75 mg, clopidogrel adalah obat yang digunakan untuk mengurangi kekentalan darah dan membantu mencegah terjadinya pembekuan darah di arteri, yang bertujuan mengurangi risiko terkena serangan jantung atau stroke.

Peringatan untuk mengonsumsi obat ini adalah bagi wanita hamil, menyusui atau yang mencoba memiliki anak disarankan untuk tidak mengonsumsi, hati-hati untuk penderita gangguan organ hati, ginjal dan gangguan pendarahan, tidak boleh diberikan kepada orang yang berusia dibawah 16 tahun kecuali anjuran dokter, jika akan menjalani perawatan gigi pastikan dokter tahu bahwa mengonsumsi clopidogrel dan jika terjadi reaksi alergi segera bilang ke dokter. Kontra indikasinya bila terjadi perdarahan maka obat ini tidak harus diminum, apabila diminum akan menyebabkan perdarahannya tidak akan berhenti. Ini beberapa efek samping yang timbul saat mengonsumsi clopidogrel yaitu memar, mimisan, perdarahan dibawah kulit, gangguan pencernaan, sakit perut, konstipasi atau diare. Kemudian selain mendapat obat oral pasien juga mendapat obat injeksi yaitu yang pertama adalah injeksi sohibion 3 ml diberikan tiap 24 jam dengan cara injeksi intravena yang berguna untuk pencegahan dan penyembuhan kekurangan vitamin B1, B6, B12, efek sampingnya adalah penggunaan dosis besar dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan sindroma neuropati. Ranitidine 2 ml setiap 12 jam yang pemberiannya lewat intravena yang berguna untuk lambung, efek samping yang ditimbulkan sangat jarang ditemukan, tetapi adapun efek samping tersebut besar (Dewi, 2011), efek samping yang dapat muncul adalah sakit kepala, sulit buang air besar, diare, mual, nyeri perut, gatal-gatal pada kulit. Citicoline 2 ml ini diberikan setiap 12 jam dengan cara injeksi, cara kerja Citicoline meningkatkan zat kimia otak yang disebut fosfatidilkolin, ini kimia otak penting untuk fungsi otak. Citicoline mungkin juga mengurangi kerusakan jaringan otak ketika otak terluka yang berguna untuk memperbaiki cedera otak yang disebabkan otak dengan mencegah otak mengalami iskemik sehingga tidak menyebabkan infark. Efek samping dari citicolineaman ketika diambil jangka pendek (sampai dengan 90 hari). Keamanan penggunaan jangka panjang tidak diketahui. Kebanyakan orang yang mengambil citicoline tidak mengalami efek samping bermasalah. Tetapi beberapa orang dapat memiliki efek samping seperti sulit tidur (insomnia), sakit kepala, diare, rendah atau tekanan darah tinggi, mual, penglihatan kabur, sakit dada, dan lainnya.

Tahap yang terakhir adalah proses evaluasi yaitu pernyataan kesimpulan yang menunjukkan tujuan dan memberikan indikator kualitas dan ketepatan perawatan yang menghasilkan hasil pasien yang positif (Tucker, Susan Martin, 2008). Hasil evaluasi hari Sabtu 11 Februari jam 14.00. Subjektif, keluarga pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan sangat lemah untuk digerakkan, objektif pasien tampak hanya tiduran saja, assesment masalah belum teratasi, planning lanjutkan intervensi (melatih *ROM*, mengubah posisi pasien setiap 2 jam, melatih kemandirian pasien). Pada hari Minggu 12 Februari jam 16.00, Subjektif, keluarga mengatakan bahwa tangan dan kaki kanan pasien terlihat sudah ada perkembangan walaupun sedikit-dikit, objektif, pasien terlihat sudah membaik dengan mengalami peningkatan kekuatan otot dari 1 menjadi 2, assesment masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi (melatih *ROM*, mengubah posisi pasien setiap 2 jam, melatih kemandirian pasien).

Evaluasi hari Senin 13 Februari 2017 jam 12.00, Subjektif, keluarga pasien mengatakan akan melatih pasien *ROM* di rumah, objektif pasien sudah tampak membaik tetapi tidak mengalami peningkatan kekuatan otot, assesment masalah belum teratai, planning lanjutkan intervensi di rumah (melatih *ROM*, mengubah posisi pasien setiap 2 jam, melatih kemandirian pasien). Pasien ini sesuai data yang didapat saat ujian terdapat 3 masalah keperawatan yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot, Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan system syaraf pusat (stroke). Resiko ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.

4. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Hasil dari kasus ini pasien datang dengan pasien dirawat di bangsal, dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik. Keluhan utama keluarga pasien mengatakan keluhan utama pasien adalah tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakkan dan pasien tidak dapat bicara karena stroke. Kemudian keluarga membawa pasien ke rumah sakit. Sehingga muncul diagnosa Hambatan mobilitas

fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Intervensi keperawatan).

Rencana keperawatan, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik pasien tidak tergantung total dengan kriteria hasil NOC, klien meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah, mengalami peningkatan otot dari 1 menjadi 2 pada ekstremitas kanan. Intervensi NIC yang dapat dilakukan, monitoring vital sign in sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, perawatan alih baring, terapi latihan fisik: mobilitas sendi, pengaturan posisi, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan mandiri pasien, bantuan perawatan diri : berpindah Implementasi dilakukan pada tanggal 11 sampai 13 Februari 2017 tindakan yang pertama yaitu mengkaji tanda-tanda vital yang dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dan melanjutkan intervensi, tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36,3 C, pernafasan 24x/menit. Tindakan yang kedua yaitu penatalaksanaan terapi latihan.

Pemilihan tehnik latihan gerak disesuaikan dengan kondisi pasien, yang diberikan selama tiga hari di rumah sakit. Program latihan diberikan karena separuh pasien stroke non hemoragi yang hidup mengalami kecacatan fisik karena defisit neurologis yang menetap. Pasien tidak hanya mengalami kelumpuhan tetapi juga mengalami gangguan kognisi, gangguan komunikasi dan gangguan lapang pandang atau defisit dalam persepsi. Berbagai program dirancang untuk meningkatkan kemampuan. Salah satu yang menjadi program untuk memperbaiki fungsi mobilisasi fisik pada pasien stroke non hemoragi adalah latihan pergerakan sendi atau *range of motion (ROM)*

4.2 Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan penulis memberikan saran kepada:

- Bagi keluarga pasien

Di harapkan keluarga bisa paham tentang penting nya gerakan ROM agar pasien tidak mengalami kekakuan sendi, dekubitus,dan peredaran darah bisa lancar .

- Bagi penulis

Di harapkan dari hasil karya tulis ilmiah ini untuk referensi, serta dapat di kembangkan untuk asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoregik.

- Bagi rumah sakit

Hendaknya meningkatkan standar mutu pelayanan kepada pasien di rumah sakit

- Bagi perawat

Diharapkan perawat rumah sakit lebih meningkatkan kinerja dan pelayanan terhadap pasien

- Bagi pasien

Diharapkan pasien selalu menjaga kesehatan dan pola hidup sehat

PERSANTUNAN

Publikasi ilmiah ini tidak akan terwujud tanpa adanya bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak sehingga mampu menghasilkan suatu pemikiran yang diharapkan akan bermanfaat bagi petugas kesehatan dan penelitian selanjutnya. Maka demikian dengan segala kerendahan hati dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta
2. Bapak Dr. Suwaji, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Ibu Okti Sri Purwanti. S.Kep, Ns, M.Kep, Ns. Sp. Kep. MB, selaku Kaprodi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
4. Ibu Enita Dewi S.Kep Ns MN selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ini

5. Segenap dosen keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
6. Seluruh pegawai RSUD dr. Soeratno Gemolong Sragen atas bimbingan dan motivasinya selama pengambilan kasus karya tulis ilmiah.
7. Keluarga Ny.P selaku narasumber dari penulisan karya tulis ilmiah ini
8. Kedua orang tua, serta keluarga besar atas do'a dan dukungannya.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moril yang tidak dapat disebutkan satu persatu

DAFTAR PUSTAKA

- Anderst, W. J., et all. (2013). Six Degrees of freedom Cervical Spine Range Of Motion During Dynamic Flexion Extension After Single Level Anterior Arthrodesis. *The Journal Of Bone & Joint Surgery Jbjs Org Volume 95 A Number 6 March 20, 2013*.
- Ariani, T. A. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta. Salemba Medika.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta. EGC
- Astutik, W., Didik H., Nailis S. (2013). Penggunaan Obat Golongan Diuretik Pada Pasien Stroke Iskemik Di Instalasi Rawat Inap RSUD. Saiful Anwar Malang. *Jurnal Media Farmasi, Vol 10 No 2 September 2013 : 84-93*.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan DepKes RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas) nasional 2007 ; available From : <http://www.kesehatan.kebumenkab.go.id/data/lapriskesdas.pdf>: diakses tanggal 20 Juli 2011
- Beebe, J. A., Catherine E. L., (2009). Active Range Of Motion Predicts Upper Extremity Function Three Months Post-Stroke. *Stroke Author manuscript; available in PMC 2010 May 1*
- Chaidir, R., Ilma, M. Z., (2014). Pengaruh Latihan Range Of Motion Pada Ekstremitas Atas Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragi Di Ruang Rawat Stroke RSSN Bukittinggi Tahun 2012. *Jurnal 'AFIYAH. VOL. I, NO. I, BULAN JANUARI, TAHUN 2014*.

Dewi, S. (2011). *9 Penyakit Mematikan Mengenai Tanda & Pengobatannya*. Yogyakarta. Smart Pustaka.

Ginsberg, L. (2008). *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta. Erlangga.

Kowalak, J. P., William W., Brenna M. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta. EGC.

Maliya, A., (2015). *Penuntun Praktek Laboratorium KMB IIIB*. Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Mubarak, W. I., Lilis I., Joko S., (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasa Buku I*. Jakarta. Salemba Medika.

Purwanti, O. S., Arina M. (2008). Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke. *Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol. 1 No.1, Maret 2008 :43-4*

Rachmawati, E. (2007). *Masa Produktif Tanpa Stroke*. diakses pada www.kompas.com/kesehatan/news/0507/13/075723.htm

Sager, M., Sylvain G., (2014). Comparison Of Yoga Versus Static Stretching For Increasing Hip and Shoulder Range Of Motion. *International Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation 2014*

Sutedjo, A., Y. (2013). *Mengenal Penyakit Melalui Hasil Pemeriksaan Laboratorium*. Yogyakarta. Asmara Bokks.

Talbot, A. L., Marquardt, Meyers M.. (2007). *Pengkajian Keperawatan Kritis Edisi 2*. Jakarta: EGC.

Wilkinson, J. M., Ahern, Nancy R. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Edisi 9 (NANDA 2012)*. Jakarta : EGC.

Wirawan, R. P. (2009). Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer. *Majalah Kedokteran Indonesia, Volume : 59, Nomor: 2, februari 2009*